Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2015–2016

34 279 Wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet

C

MEMORIE VAN ANTWOORD
Ontvangen 24 mei 2016

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het voorlopig verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet.
Graag geef ik hieronder antwoord op de gestelde vragen door de leden van de CDA-fractie, de SP-fractie en de fractie van GroenLinks. Daarbij volg ik zoveel mogelijk de volgorde van het voorlopig verslag.

Overbruggingszorg

De leden van de ***CDA****-fractie vragen hoe en waar in de wettekst de voortzetting overbruggingszorg na afloop van de periode van 13 weken is verankerd. Ook vragen de leden hoe de ministeriële regeling er precies op dit punt uit komt te zien. Voorts vragen de leden of het juist is dat hier enkel een cosmetische verzachting is aangebracht.*

Graag wil ik voorop stellen dat in het wetsvoorstel sprake is van een maximale termijn voor overbruggingszorg (welke termijn kan worden verlengd), maar dat de mogelijkheden voor zorg thuis worden verruimd ten opzichte van de huidige Wet langdurige zorg (Wlz). Volgens de huidige wet moet zorg die in de thuissituatie wordt geleverd ter overbrugging van een verblijf in een instelling vanaf dag één voldoen aan de eisen die worden gesteld aan een regulier volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb) (waaronder de eis dat de zorg thuis niet meer mag kosten dan de zorg in een instelling). Met het voorliggende voorstel van wet worden de mogelijkheden om (meer) zorg thuis te leveren dus juist verruimd, omdat tijdens de overbruggingsperiode ook zogenaamde «ondoelmatige zorg» thuis kan worden geleverd.
De mogelijkheid van verlenging van de overbruggingsperiode na het aflopen van de 13 weken-termijn geldt indien er voor de verzekerde binnen afzienbare tijd zicht bestaat op een plek in een instelling van zijn voorkeur. In dat geval is het niet wenselijk om de reguliere eisen van

kst-34279-C
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

doelmatige en verantwoorde zorg te laten gelden en de zorg thuis daaraan aan te passen. Dit wordt voorgesteld te regelen in het voorgestelde artikel 3.3.6, derde lid, van de Wlz dat luidt: *Indien de termijn, bedoeld in het eerste en tweede lid, is verstreken en er zicht op is dat binnen afzienbare tijd na het aflopen van die termijn zorg geboden kan worden in de instelling van de voorkeur van de verzekerde, kan de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor na overleg met de verzekerde de termijn verlengen tot het moment dat de verzekerde zijn recht op zorg met verblijf in die instelling tot gelding kan brengen.* In het vierde lid van dat voorgestelde artikel wordt bepaald dat bij ministeriële regeling regels gesteld kunnen worden over de voorwaarden waarop toepassing gegeven kan worden aan deze bepaling. Ik zal in het belang van de cliënt nadere regels stellen over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder, toepassing wordt gegeven aan de voorgestelde wettelijke bepalingen over overbruggingszorg. Daarmee blijft de regeling zo flexibel mogelijk en zal de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor in overleg met de cliënt een zo passend mogelijke oplossing kunnen vinden in de situatie dat binnen afzienbare tijd een plek vrijkomt binnen de instelling van voorkeur. Ik beschouw de mogelijkheid tot het verlengen van de overbruggingsperiode dus zeker niet als een cosmetische verzachting, maar als een passende regeling die het mogelijk maakt zoveel mogelijk in te spelen op de individuele omstandigheden van het geval.

De leden van de ***CDA****-fractie vragen of ze het goed zien dat de overbruggingsperiode van 13 weken hard blijft en dat enkel wanneer het zorgkantoor daarin toestemt er voor de cliënt een mogelijkheid is om in een voorziening van voorkeur te verblijven. De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe het belang van cliënten wordt gediend wanneer het zorgkantoor na 13 weken mag blijven bepalen in hoeverre de aanbieding passend is. Tevens vragen de leden of er invulling gegeven kan worden aan het begrip «adequaat zorgarrangement». De leden vragen wat de mogelijkheden zijn voor cliënt en familie om het door het zorgkantoor passend geacht aanbod voor een adequaat zorgarrangement, te betwisten. Ook vragen de leden hoe het staat bij een dergelijke betwisting met de financiering van een vpt-pakket (volledig pakket thuis)? Zij vragen of het juist is dat de cliënt van de wachtlijst wordt geschrapt.*

Door het aangenomen amendement Bergkamp en Van Weyenberg[1] ontstaat er ruimte om in overleg tussen cliënt en Wlz-uitvoerder of zorgkantoor te komen tot verlenging van de overbruggingsperiode indien er zicht op is dat er binnen afzienbare tijd een plek vrijkomt in de instelling van voorkeur. In alle redelijkheid moet het zorgkantoor in overleg met de cliënt en zorgaanbieder beoordelen of de termijn verlengd kan worden. De termijn van 13 weken is er juist op gericht dat het zorgkantoor actief op zoek gaat naar een passend aanbod. Het zorgkantoor moet zijn uiterste best doen binnen deze termijn de verzekerde een geschikte plek aan te bieden. De verzekerde kan het zorgkantoor hier ook op aanspreken. Het loslaten van deze termijn zou de stimulans tot het snel realiseren van een passende voorziening weghalen.

Ik ben het met de leden van de CDA-fractie eens dat het van groot belang is dat zorgvuldig wordt omgegaan met het belang van de cliënt bij het kwalificeren van een zorgarrangement als adequaat en passend. Dit is in de huidige Wlz en in het voorliggende wetsvoorstel op meerdere manieren gewaarborgd.

Een zorgarrangement geldt als adequaat als het aan een aantal vereisten voldoet. Wat adequaat is, is daarmee niet vrij ter beoordeling van het zorgkantoor. Een aanbod geldt als «adequaat» indien de verzekerde binnen een redelijke termijn en redelijke afstand een plek wordt geboden

[1] Kamerstukken II 2015/16, 34 279, nr. 21.

die past bij zijn zorgprofiel en (zoveel als mogelijk is) rekening houden met zijn wensen. Indien cliënt en zorgkantoor van mening verschillen of het zorgkantoor een passend aanbod heeft gedaan, dienen de partijen hierover met elkaar in gesprek te gaan. Daarbij kan een onafhankelijk cliëntondersteuner ook een belangrijke rol spelen bij de ondersteuning van de cliënt bij een dergelijk gesprek en de wijze waarop in overleg met het zorgkantoor wordt gezocht naar een passende oplossing. In de praktijk blijkt dat op deze wijze altijd een oplossing wordt gevonden. Mocht de cliënt zich echter onvoldoende gehoord voelen dan kan hij gebruik maken van de klachtenprocedure bij het zorgkantoor.

Zorgkantoren dienen bij hun inkoopbeleid diversiteit in het gecontracteerde aanbod en aansluiting bij de vraag na te streven. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan verschillende woonvormen, grootte van de instelling, culturele achtergrond of filosofie, de dagbestedingactiviteiten et cetera. De zorginkoop zou erop gericht moeten zijn dat verzekerden met betrekking tot de zorgverlening zoveel keuze- en zelfbeschikkingsmogelijkheden hebben als binnen de grenzen van deze wet redelijkerwijs mogelijk is. Indien een cliënt een aanbod dat hij krijgt niet passend vindt, heeft hij op grond van de wettelijke verplichting die rust op de Wlz-uitvoerder of zorgkantoor om passende zorg te leveren, ook de mogelijkheid een beschikking vragen en op grond daarvan een juridische procedure bij de rechter starten. Daarbij kan worden beoordeeld of de aangeboden zorg als passend geldt, dus binnen een redelijke termijn en redelijke afstand en die past bij zijn zorgprofiel en waarbij (zoveel als mogelijk is) rekening is gehouden met zijn wensen.
De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de zorgplicht. Ik wijs er daarnaast op dat ik nadere regels zal stellen over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder, toepassing wordt gegeven aan de voorgestelde wettelijke bepalingen over overbruggingszorg.

Indien de cliënt van het zorgkantoor een geschikte plek aangeboden heeft gekregen, maar deze plek niet heeft geaccepteerd en wil wachten op een andere plek, dan kan de cliënt thuis blijven wonen en zorg thuis ontvangen, maar dan in de vorm van een regulier vpt, mpt of pgb. In dat geval wordt de zorg niet aangemerkt als overbruggingszorg, maar als een reguliere verstrekking omdat de cliënt – terwijl er een passend aanbod is gedaan – bewust kiest voor de optie om thuis te blijven wonen. Het is overigens zo dat de overbruggingszorg in de meeste gevallen gewoon past binnen de financiële mogelijkheden van een regulier vpt, mpt of pgb. Ongeveer 90% van de cliënten met een mpt[2] ontvangt bijvoorbeeld minder dan 16 uur (professionele) zorg per week. Naast de professionele zorg worden zij vaak bijgestaan door familie en mantelzorgers die een deel van de zorg en ondersteuning op zich nemen. Bovendien geldt bij reguliere zorg in de thuissituatie dat ook gebruik gemaakt kan worden van de meerzorgregeling en de regeling voor extra kosten thuis (EKT).
Voor cliënten die een aanbod voor een geschikte plek hebben gekregen en daar geen gebruik van maken, geldt dat zij in plaats van «actief wachtend» als «niet-actief wachtend» worden aangemerkt. Zij blijven echter wel op de wachtlijst staan en kunnen op een later moment alsnog in aanmerking komen voor een plek in de instelling van hun voorkeur.

De leden van de ***CDA****-fractie vragen of de stelling in de brief van de regering van 4 april jl.*[3] *betekent dat een zorgkantoor aan de zorgplicht heeft voldaan wanneer er een aanbod is gedaan, ongeacht waar. Ook*

---

[2] In dit cijfer kon geen onderscheid gemaakt worden tussen regulier mpt en «overbruggingszorg» in de vorm van een mpt, omdat dit op dit moment niet als zodanig wordt geregistreerd.
[3] Kamerstukken II 2015/16, 34 279, nr. 23, p. 2.

vragen de leden of de regering, als zij het daarmee niet eens is, kan aangeven wat redelijke afstanden zijn. De leden vragen of in de ministeriële regeling daarop nadere eisen worden opgenomen. Tevens vragen de leden om een antwoord op de verworpen motie-Leijten/Keijzer[4] over redelijke afstanden.

In de genoemde brief wordt gesteld dat het zorgkantoor aan de zorgplicht heeft voldaan wanneer er een geschikte plek is aangeboden. Het is zoals eerder opgemerkt niet ter vrije beoordeling van het zorgkantoor wat een geschikte plek is. Een geschikte plek is onder meer een plek op redelijke afstand voor de verzekerde. Wat een redelijke afstand is, laat zich moeilijk omschrijven. Dat is onder andere afhankelijk van de regio (stad versus platteland), levensovertuiging en het soort zorg dat benodigd is. Voor sommige (zeldzame) vormen van zorg zal noodzakelijkerwijs clustering van locaties aan de orde moeten zijn om kwalitatief goede zorg te kunnen garanderen. Zo is er bijvoorbeeld een beperkt aantal instellingen in Nederland dat gespecialiseerde zorg kan leveren aan cliënten met de ziekte van Huntington, terwijl verpleeghuiszorg voor mensen met dementie veel meer verspreid in het land geleverd kan worden. Bij het bepalen of een plek binnen een redelijke afstand gelegen is kunnen daarom geen vaste criteria worden gehanteerd. Toch bieden de vereisten waaraan het aanbod van het zorgkantoor moet voldoen wel de mogelijkheid te beoordelen of het zorgkantoor in alle redelijkheid tot een passend aanbod is gekomen.

*De leden van de **CDA**-fractie vernemen graag wat de consequentie is van artikel 3.3.2, zevende lid, dat bepaalt dat de indicatie voor thuis gegeven zorg in de vorm van een volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt) ingetrokken kan worden wanneer deze zorg niet langer doelmatig of verantwoord is. De leden vragen of de regering zou willen ingaan op de stelling dat een dergelijk intrekken van een vpt of mpt een dusdanig hoge druk kan leggen op verzekerde of zijn familie om, noodgedwongen, een niet-passend bod te accepteren, met als consequentie dat dan vaak lange afstanden overbrugd moeten worden voor steun en bezoek aan betrokken oudere.*

Binnen de Wlz hebben cliënten het wettelijk verankerde recht om naast de zorg in een instelling te kiezen voor zorg thuis (in de vorm van een mpt, vpt of pgb). Zorgkantoren respecteren deze wens van de cliënt, mits de zorg in de thuissituatie verantwoord en doelmatig is. Cliënten hebben echter niet voor niets een Wlz-indicatie ontvangen; zij hebben zonder uitzondering behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid en om die reden maken ze ook aanspraak op een plek in een intramurale instelling. Thuis wonen is dan voor deze Wlz-cliënten vaak alleen mogelijk met behulp van partner, familie en mantelzorgers die een deel van de zorg en ondersteuning op zich nemen. Indien de zorg niet meer op een verantwoorde en doelmatige manier in de thuissituatie geleverd kan worden, kan het zorgkantoor een dergelijke verstrekking weigeren of intrekken. Over het algemeen zullen de cliënt (of de vertegenwoordigers van de cliënten), de zorgaanbieder en het zorgkantoor in een dergelijk geval de conclusie delen dat de zorg thuis inderdaad niet langer meer gaat en onverantwoord of ondoelmatig of belastend is voor cliënt of zijn omgeving. Hoe verdrietig dit vaak ook is, er zijn grenzen aan datgene wat thuis mogelijk is. Als deze grens bereikt is dan vormt opname in een instelling het enige reële alternatief voor zowel de cliënt als zijn omgeving. Hoewel de situatie dan misschien om snel handelen vraagt blijft de cliënt recht hebben op een geschikte plek binnen een redelijke afstand. Hij hoeft dus niet noodgedwongen een niet passend bod te

[4] Kamerstukken II 2015/16, 34 279, nr. 24.

accepteren. De invulling van de zorgplicht blijft ook in deze situatie voor het zorgkantoor gelijk. Binnen de grenzen van het redelijke zal het zorgkantoor (zonodig met spoed) op zoek gaan naar een geschikte plek. Daar waar cliënt, zorgaanbieder en zorgkantoor van mening verschillen over de vraag of de zorg in de thuissituatie doelmatig en verantwoord geleverd kan worden, moet in goed overleg gezocht worden naar een passende oplossing die, zoveel als mogelijk is, rekening houdt met de wensen van de cliënt. Dat is thans niet anders. In het geval dat de zorg thuis niet verantwoord en/of doelmatig geleverd kan worden, moet worden gezocht naar een alternatief binnen een instelling. Ook dat moet een redelijk alternatief zijn en ook in een dergelijk geval moet worden voorzien in een adequaat aanbod binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand.

*De leden van de **CDA**-fractie zien dat de financiering van de Wlz-zorg een aanvang neemt op het moment dat de cliënt een indicatiebesluit heeft ontvangen. Partijen zijn echter overeengekomen om zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz nog maximaal 5 dagen te bekostigen vanuit het domein waaruit de overgang plaatsvindt. De leden vragen om een toelichting op deze wetstechnische onzuiverheid.*

Volgens de wet komt de cliënt in aanmerking voor Wlz-zorg vanaf het moment dat de geldigheidsduur van de Wlz-indicatie van de cliënt ingaat. In de uitvoering is er echter sprake van dat de zorg niet altijd per direct kan worden geregeld vanuit het overnemende domein doordat een aantal praktische zaken (zoals overdracht van gegevens, het regelen van zorg bij een andere aanbieder) niet altijd per direct gerealiseerd kan worden. Partijen hebben met elkaar afgesproken dat ze bereid zijn om de zorg nog gedurende maximaal vijf dagen te continueren vanuit het domein waaruit de overgang plaatsvindt om de continuïteit van zorg en ondersteuning voor de cliënt niet in gevaar te brengen. Hier is het belang van de cliënt ook mee gediend. Ook vanuit het oogpunt van administratieve lasten verdient dit de voorkeur omdat er voor de geleverde zorg gedurende deze maximaal vijf dagen ook geen verrekening van geleverde zorg hoeft plaats te vinden. Overigens is natuurlijk de intentie om bij het merendeel van de cliënten de zorgverlening te laten ingaan op het moment van indicatiestelling.

*De leden van de **CDA**-fractie krijgen ook nog graag een toelichting op de opmerkingen in de brief van 4 april jl. aan de Tweede Kamer over de aanpassing van de wachtlijsten. Verder vragen de leden of de regering bevestigen dat in de wachtlijsten ook mensen die een eerder bod van het zorgkantoor vanwege ongeschiktheid hebben afgewezen, nog zijn opgenomen.*

De wachtlijstregistratie van de zorgaanbieders en zorgkantoren is afgestemd op de uitvoeringspraktijk van de zorgbemiddeling. Dit proces is een samenspel van de cliënt, de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Doel is om bij de bemiddeling en de plaatsing zo veel als mogelijk tegemoet te komen aan de voorkeur van de cliënt. Een 100% garantie dat iedereen altijd bij de zorgaanbieder van voorkeur terecht kan, is er uiteraard niet, al is het alleen maar omdat de voorkeursinstelling soms volledig bezet is. Het zorgkantoor moet invulling geven aan de zorgplicht en heeft als taak te bemiddelen om elke cliënt tijdig een passende plek aan te bieden.
Het leeuwendeel van de cliënten komt terecht bij de zorgaanbieder van voorkeur. Er zijn ook cliënten die een alternatief aanbod hebben gekregen en daar, om wat voor reden dan ook, geen gebruik van maken. Zij blijven op de wachtlijst staan. In het verleden was daar onduidelijkheid over, maar afgelopen jaar hebben zorgaanbieders, cliëntorganisaties en zorgkantoren de voorlichting over de wachtlijst verbeterd. De cliënten die

geen gebruik maken van de aangeboden plek weten nu dat zij op de wachtlijst blijven staan als niet-actief wachtend. Dit houdt in dat de cliënt zelf, of de zorgaanbieder waar hij contact mee heeft, op zoek gaat naar een plek binnen een instelling. De cliënt kan echter ook in dit geval aan het zorgkantoor vragen om actief te blijven bemiddelen.

De leden van de ***SP****-fractie vragen of het juist is te veronderstellen dat de Treeknormen afhankelijk zijn van de vraag naar zorg en de beschikbare capaciteit bij de zorgaanbieders. De leden vragen of de Treeknormen van 13 weken in het onderhavige wetsvoorstel veranderen als er meer zorgvragen zijn dan aanbod of omgekeerd Zo ja, vragen de leden, wanneer zijn deze Treeknormen voor de laatste keer veranderd?*

Een Treeknorm is een streefnorm voor maatschappelijk aanvaardbare wachttijden voor het leveren van niet spoedeisende zorg. In 2000 zijn deze streefnormen voor wachttijden in het zogeheten Treekoverleg afgesproken door zorgaanbieders en verzekeraars. Er zijn Treeknormen voor niet spoedeisende hulp die in het ziekenhuis geleverd wordt, voor diagnostiek en indicatiestelling, voor huisartsen, apothekers en medisch specialisten, evenals voor de sectoren verpleging, verzorging, gehandicapten en geestelijke gezondheidszorg. De meest actuele versie van de Treeknormen dateert uit 2014.

Tabel 1: Treeknormen langdurige zorg

Langdurige zorg, sector:	Zorgprofiel	Treeknorm
Verpleging & Verzorging, Gehandicaptenzorg, Geestelijke gezondheidszorg	Verblijf met behandeling	6 weken
	Verblijf zonder behandeling	13 weken

Wat aanvaardbaar is als wachttijd heeft niet zozeer te maken met de verhouding tussen vraag en aanbod en de beschikbare capaciteit, maar met de maatschappelijke opvattingen over aanvaardbare wachttijden voor het leveren van niet spoedeisende zorg. Deze opvattingen hebben hun beslag gekregen in de Treeknormen. In de langdurige zorg wordt bij de zorgbemiddeling rekening gehouden met het zorgprofiel van de cliënt en de urgentie van de zorgvraag. Doel is om zo veel als mogelijk rekening te houden met de voorkeur van de cliënt en zo snel als mogelijk een geschikte plek te vinden bij de instelling van voorkeur. Er is geen aanleiding om de huidige Treeknormen aan te passen in het onderhavige wetsvoorstel. Ik heb eerder (nota naar aanleiding van het verslag[5]) aangegeven dat ik bij de nadere uitwerking van het wetsvoorstel in een ministeriële regeling, bij de duur van de maximale overbruggingsperiode zou aansluiten bij de Treeknormen. Voor een aantal vormen van zorg zou dat betekenen dat de maximale overbruggingsperiode op 6 weken gesteld zou worden. Op dit voornemen ben ik terug gekomen na het debat in de Tweede Kamer. Ik zal in de nadere uitwerking voor alle vormen van langdurige zorg voor de overbruggingszorg dezelfde termijn van maximaal 13 weken hanteren. Deze termijn van maximaal 13 weken is op grond van het amendement Bergkamp en Van Weyenberg te verlengen indien er zicht op is dat er binnen afzienbare tijd een plek vrijkomt in de instelling van voorkeur.

De leden van de ***SP****-fractie vragen of er op dit moment sprake is van een balans tussen de vraag naar en het aanbod van zorg. De leden vragen of er wachtlijsten zijn En of het antwoord daarop van de regering cijfermatig te onderbouwen is. Ook vragen de leden of er in dit verband uitspraken*

[5] Kamerstukken II 2015/16, 34 279, nr. 7.

zijn te doen over het verloop van de verhouding tussen vraag en aanbod voor de rest van 2016.

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 1 februari 2016[6] heb ik gedetailleerde cijfermatige informatie verstrekt over de omvang en samenstelling van de wachtlijst in de langdurige zorg. Mijn streven is om bij het bemiddelen van cliënten naar een passende plek zorgvuldig rekening wordt gehouden met de voorkeur van de cliënt. Het feit dat er sprake is van een wachtlijst illustreert dat de balans tussen vraag en aanbod niet optimaal is. Enerzijds heeft dit te maken met de beweegredenen van cliënten om al dan niet gebruik te maken van de plek die hen is aangeboden. Anderzijds zijn er factoren die van invloed zijn op de toegankelijkheid van het aanbod, zoals de mate van bezetting, de snelheid van aanpassing van het zorgaanbod aan veranderende wensen en de hoeveelheid gecontracteerde zorg. Momenteel loopt er een verdiepend onderzoek naar de wachtlijsten in de langdurige zorg. Ik heb de Tweede Kamer toegezegd hen nog voor het zomerreces te informeren over de uitkomsten van dit onderzoek.
De ontwikkeling van de wachtlijst wordt maandelijks gepubliceerd op de website van het Zorginstituut. Ik kan nu echter nog geen uitspraak doen over hoe de wachtlijst zich in de loop van 2016 zal ontwikkelen. Dientengevolge kan ik nu geen uitspraak doen over hoe de verhouding tussen vraag en aanbod zich zal ontwikkelen.

De leden van de fractie van ***GroenLinks*** *vragen of de regering kan bevestigen dat wanneer zorg met verblijf in een instelling tijdelijk niet geboden kan worden, mensen de benodigde zorg met een modulair of volledig pakket thuis kunnen krijgen. De leden vragen ook hoe wordt voorkomen dat na de maximale termijn van 13 weken mensen aangewezen zijn op niet passende zorg, wanneer zorg met verblijf in een instelling ook na deze periode niet passend geboden kan worden. Tevens vragen de leden hoe wordt voorkomen dat mensen terechtkomen in een instelling die niet passend is bij de zorgvraag of die onvoldoende recht doet aan de keuzevrijheid van mensen. De leden vragen hoe wordt voorkomen dat onvoldoende passende zorg kan worden geboden als gevolg van ontoereikende inkoop door de gemeente. Ook vragen de leden hoe is gegarandeerd dat mensen niet gedwongen worden gebruik te maken van niet passende of ongewenste zorg met verblijf in een instelling.*

Wanneer verblijf in een instelling tijdelijk niet geboden kan worden, kunnen cliënten (ter overbrugging van de periode tot opname) gedurende maximaal 13 weken overbruggingszorg thuis ontvangen. Een aantal voorwaarden dat geldt voor een regulier mpt, vpt of pgb is niet van toepassing op de overbruggingszorg, waarmee er meer mogelijkheden komen om meer zorg in de thuissituatie te leveren dan zonder aanvaarding van dit wetsvoorstel mogelijk zou zijn.
Indien het zorgkantoor de cliënt binnen de termijn van maximaal 13 weken geen geschikte plek heeft aangeboden, dan houdt het zorgkantoor de plicht om na afloop van deze periode voor deze cliënt alsnog zo snel als mogelijk is een geschikte plek te vinden. Volgens het voorliggende wetsvoorstel eindigt de overbruggingszorg na de termijn van maximaal 13 weken en komt de verzekerde in aanmerking voor een regulier vpt, mpt of pgb. Deze termijn is in de wet opgenomen om de zorgkantoren te stimuleren om snel op zoek te gaan naar een geschikte plek binnen een redelijke afstand. Ik besef echter dat het voor sommige vormen van zorg lastig is om binnen de gestelde termijnen, binnen een redelijke afstand een geschikte plek te vinden. Ik ga ervan uit dat zorgkantoren in een

[6] Kamerstukken II 2015/16, 34 104, 102.

dergelijke uitzonderlijke situatie alles op alles zullen zetten om op de kortst mogelijke termijn in overleg met de cliënt te zoeken naar een passende oplossing (in eerste instantie is dat de gewenste plek in een instelling) en ervoor zullen zorgen dat de cliënt ook thuis op een verantwoorde manier zorg kan ontvangen. Een zorgkantoor zou zijn zorgplicht verzaken als het de cliënt in een dergelijke situatie een niet passend aanbod zou doen. Bedacht moet worden dat in veel gevallen de overbruggingszorg past binnen het reguliere Wlz-kader en door eventueel een beroep te doen op de extra kosten thuis- of de meerzorgregeling de cliënt thuis verder geholpen kan worden in zijn zorgbehoefte. Bovendien is het mogelijk na afloop van de overbruggingstermijn van maximaal 13 weken in overleg tussen cliënt en zorgkantoor de overbruggingszorg te verlengen indien er zicht op is dat er na het verstrijken van deze termijn binnen afzienbare tijd een plek vrijkomt in de voorkeursinstelling van de cliënt.
Zoals ik in de beantwoording van vragen van de CDA-fractie heb aangegeven, kan een zorgkantoor die onvoldoende werk maakt van zijn zorgplicht daar door de cliënt en de NZa op worden aangesproken. Ook wijs ik er op dat ik nadere regels zal stellen over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder, toepassing wordt gegeven aan de overbruggingszorg.

Omdat het in dit wetsvoorstel gaat over Wlz-cliënten is inkoop (of onvoldoende inkoop) door gemeente niet van toepassing, maar moeten de zorgkantoren zorgen voor de inkoop van zorg.

Orthocommunicatieve behandeling autisme

*De leden van de **CDA**-fractie geven aan dat de Staatssecretaris tijdens de plenaire behandeling heeft toegezegd met de VNG te overleggen over het regelen van regio overschrijdende zorg. De leden vragen of de regering kan toelichten waartoe dit overleg heeft geleid. Tevens vragen de leden wat nu de oplossing is die voor deze kwetsbare jongeren geboden kan worden.*

In het wetsvoorstel wordt met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2015 een tijdelijke grondslag in de Wlz opgenomen om het Zorginstituut onder voorwaarden subsidie te laten verlenen voor orthocommunicatieve behandeling van autisme.
Orthocommunicatieve behandeling van autisme betreft zorg die zowel ambulant als met verblijf wordt ingezet vanuit de zintuiglijk gehandicaptensector aan mensen met autisme. Zorg aan cliënten met een auditieve beperking en/of een taalontwikkelingsstoornis, wordt hierbij ook verleend aan mensen met autisme, voor wat betreft hun problemen op het gebied van communicatie.

De reden dat de subsidieregeling een tijdelijk karakter heeft is dat het gaat om het collectief financieren van niet bewezen effectieve zorg. Kentalis, de aanbieder van deze zorg, heeft inmiddels de strategische beslissing genomen te gaan stoppen met de zorg aan deze doelgroep (met autisme) na een zorgvuldige afbouw van deze zorg. Volledigheidshalve wordt verwezen naar de brief hierover aan uw kamer van 22 december 2015[7].

Tijdens de wetsbehandeling in de Tweede Kamer is overigens geen toezegging gedaan om te overleggen met de VNG over het regelen van regio overschrijdende zorg. Tijdens de wetsbehandeling heb ik benadrukt dat er, gelet op de adviezen van Zorginstituut Nederland, geen aanleiding is om centrale inkoop via een raamovereenkomst met de VNG te regelen.

[7] Kamerstukken I 2015/16, 34 104, E.

Het zou merkwaardig zijn om gemeenten te verplichten niet-bewezen effectieve zorg landelijk te laten in te kopen. Ik heb wel toegezegd de Tweede Kamer te informeren wat er gaat gebeuren met de huidige cliënten die nu nog bij Kentalis wonen.

Kentalis heeft over haar besluit gecommuniceerd en neemt sinds 26 oktober 2015 geen nieuwe cliënten meer in zorg. Het betreft zorg die in de regio Eindhoven wordt geboden. Uiterlijk per eind 2016 is het ambulante aanbod (dagbehandeling) en de verblijfszorg voor bestaande cliënten volledig afgebouwd bij Kentalis. Het betreft hier zowel kinderen (75%) als jongeren boven de 18 jaar (25%). Medio mei 2016 ontvangen circa 100 cliënten dit aanbod, waarvan bijna 40 cliënten dit aanbod in combinatie met verblijf.

Er is geen reden om aan te nemen dat reguliere GGZ behandeling vanuit de Jeugdwet (voor kinderen) en vanuit de Zorgverzekeringswet (voor jongeren boven de 18 jaar) niet zou volstaan. Daarom maken partijen in de regio Eindhoven afspraken over overdracht van de beperkte hoeveelheid huidige cliënten die ultimo 2016 nog continuïteit van zorg nodig hebben. Er worden ook afspraken gemaakt over overdracht van kennis, over communicatie bij cliënten met autisme en over tijdelijke verhuur van vastgoed. Daarnaast zijn betrokken partijen geïnteresseerd in het aannemen van de medewerkers van Kentalis die door deze afbouw hun baan verliezen. De motivatie voor het aannemen van deze medewerkers is de continuïteit van zorg voor de cliënten en de kennis en expertise van de doelgroep die meekomt. Voor de overdracht van bestaande cliënten die ook na 2016 nog continuïteit van behandeling met verblijf ontvangen zijn er gesprekken met de zorgaanbieders GGZ Eindhoven, Zorgverlening-PGZ, Futuris en Zorgokee. Met ouders, cliënten en alle betrokken partijen worden nu de voorbereidingen getroffen om de cliënten in verblijf per 1 juli 2016 naar een van de vier partijen over te laten gaan.

De gemeente Eindhoven is direct betrokken bij de gesprekken met alle partijen en zij neemt daarbij haar verantwoordelijkheid door met deze vier aanbieders overeenkomsten te sluiten. Op 4 mei 2016 heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen Kentalis en de gemeente Eindhoven. Tijdens dat overleg is afgesproken dat de gemeente Eindhoven voor 1 juli 2016 haar inkoopafspraken met betrokken partijen heeft afgerond zodat deze partijen tot plaatsing van cliënten kunnen overgaan.

Voor wat betreft de zorg vanuit de Zorgverzekeringswet zijn zorgverzekeraars de inkopende partij. Ten behoeve van de overdracht wordt vanaf 2017 het vrijvallende budget van orthocommunicatieve behandeling van autisme (vanaf 2017: € 7,8 miljoen) naar rato toegevoegd aan de integratie-uitkering Sociaal Domein – deel Jeugdhulp in de Jeugdwet (voor 75%) en aan het budget voor de volwassen GGZ in Zorgverzekeringswet (voor 25%).

Logeeropvang

*De leden van de **SP**-fractie vragen of er op verschillende wijzen invulling gegeven zal worden aan de inspectierol nu de WTZi-eisen voor de logeeropvang worden afgeschaft. Ook vragen de leden hoe de zorgkantoren hun toezicht c.q. inspectie kwalitatief gaan invullen. Tevens vragen de leden of de regering overweegt bijvoorbeeld via de IGZ een inspectieprotocol logeerverblijven voor de zorgkantoren op te stellen.*

De IGZ houdt toezicht op basis van zowel de Wlz als de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Het toezicht van de IGZ is risicogestuurd. Op grond van signalen of meldingen zal de IGZ zeker acteren.
Vooraf toetsen zorgkantoren de zorgovereenkomsten, dus ook de overeenkomsten die logeeropvang betreffen. Zorgkantoren toetsen of de logeeropvang geschiedt in een voor de verzekerde beschermende woonomgeving waar samenhangende zorg wordt geboden. Deze begrippen werden door zorgkantoren reeds gehanteerd in de lijst niet-verzekerde pgb zorg. Zorgkantoren kunnen, in overleg met cliëntenorganisaties en de IGZ, nader de inhoudelijke eisen aan de gewenste logeeropvang duiden. Dit komt een eenduidige uitvoeringspraktijk ten goede. Zorgkantoren hebben ten opzichte van het verleden meer instrumenten/momenten om te controleren en zo nodig door te vragen, en dat vooraf in plaats van achteraf. De instrumenten zijn: het budgetplan, het bewustekeuzegesprek, het vooraf keuren van de zorgovereenkomst met zorgbeschrijving. Achteraf kan met behulp van de materiële controles en huisbezoeken door zorgkantoren worden nagegaan of wat in de zorgovereenkomsten is gesteld in de praktijk ook wordt nageleefd.

De leden van de fractie van ***GroenLinks*** *stellen voorts een aantal vragen in verband met de wijzigingen in de artikelen 11.1.1, vierde lid, en 11.1.2, vierde lid, van de Wlz met betrekking tot de kleinschalige wooninitiatieven.*

Deze wijzigingen beogen enkel voor het kleinschalig wooninitiatief te verwijzen naar de in artikel 3.1.4, tweede lid, van het Besluit langdurige zorg (Blz) omschreven vereisten voor een kleinschalig wooninitiatief. In dit voorschrift is onder meer geregeld dat een kleinschalig wooninitiatief moet voldoen aan bijvoorbeeld minimaal 3 en maximaal 26 bewoners met een pgb. Deze vereisten gelden thans al. De bedoeling is dat deze vereisten ook gelden ten aanzien van verzekerden die in een kleinschalig wooninitiatief zitten en onder het overgangsrecht van de Wlz vallen. In de artikelen 11.1.1, vierde lid, en 11.1.2, vierde lid, onder c, van de Wlz is het overgangsrecht opgenomen voor verzekerden die voorafgaand aan de intrekking van de AWBZ een pgb hadden en woonachtig zijn in een kleinschalig wooninitiatief. Het overgangsrecht waarborgt dat deze personen worden geacht te voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz-zorg zolang zij in een kleinschalig wooninitiatief blijven wonen. De personen waar het hier om gaat vallen onder het overgangsrecht mits het kleinschalig wooninitiatief wel blijft voldoen aan de voorwaarden als opgenomen in artikel 3.1.4, tweede lid, van het Blz. Als een kleinschalig wooninitiatief op een gegeven moment hier niet meer aan voldoet moet de betrokken persoon, wil hij zijn rechten op grond van de artikelen 11.1.1 en 11.1.2 van de Wlz behouden, uitwijken naar een kleinschalig wooninitiatief dat wel aan de voorwaarden voldoet. Om deze reden moet wat betreft het kleinschalig wooninitiatief met het oog op de situatie na inwerkingtreding van de Wlz, verwezen worden naar de bij algemene maatregel van bestuur omschreven vereisten voor een kleinschalig wooninitiatief (artikel 3.1.4, tweede lid, van het Blz).

Overig

De leden van de fractie van ***GroenLinks*** *vragen waarom het recht op het schoonhouden van de woonruimte, bedoeld in artikel 3.1.1., eerste lid, onderdeel a, onder 2, wordt ingetrokken voor hen die hun recht op zorg tot gelding brengen met een modulair pakket thuis. De leden vragen of zij in een dergelijke situatie nog wel aanspraak maken op het schoonhouden van de woonruimte op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Zo ja, waarom kiest de regering ervoor dat deze mensen via twee*

wetten en bijbehorende regels en procedures hun zorg moeten organiseren, vragen de leden.

Het voornemen is om zorg en ondersteuning voor mensen met een Wlz-indicatie zoveel als mogelijk is vanuit één domein (vanuit de Wlz) aan te bieden. Om praktische redenen wordt het schoonmaken van de woonruimte in 2016 nog vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) (vanuit de gemeenten) geleverd. Dit wordt met het voorliggende wetsvoorstel ook juridisch goed geregeld. Met het voorliggende wetsvoorstel wordt geregeld dat tot een bij koninklijk besluit te bepalen datum het schoonmaken van de woonruimte vanuit de Wmo 2015 wordt verstrekt voor cliënten met een mpt. Ik heb onlangs in een bestuurlijk overleg met de VNG afgesproken om die overgang per 2017 te laten plaatsvinden. Alle betrokken partijen bereiden zich voor op een zorgvuldige overheveling per 2017.

De leden van de fractie van ***GroenLinks*** *merken op dat volgens voorliggend wetsvoorstel bij diverse artikelen de data van inwerkingtreding en de voorwaarden nader dienen te worden bepaald. Zij menen dat dit voor cliënten en zorgverleners ongewenste onzekerheid oplevert en vragen wanneer aan elk van deze nog niet ingevulde data en voorwaarden invulling zal worden gegeven.*

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven op welk tijdstip de verschillende maatregelen en de nadere voorwaarden in werking zullen treden. De wijzigingen die terugwerkende kracht krijgen, krijgen die terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2015. Aanvaarding van dit wetsvoorstel zal dan ook de bestaande onzekerheid bij de cliënten en zorgverleners kunnen wegnemen.
De nadere voorwaarden zullen in lagere regelgeving worden vastgelegd. De lagere regelgeving wordt ook zo veel mogelijk van kracht gelijktijdig met de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn